



PREFEITURA MUNICIPAL DE PÉROLA - ESTADO DO PARANA

Av. Pérola Byington, 1.800 - cep 87.540-000 - Pérola - Pr.
Fone/Fax (44) 3636 - 8300 --- CNPJ 81.478.133/0001-70

NOTA DE EMPENHO
1ª VIA

Número do Empenho	Recurso	Tipo do Empenho	Categoria de Empenho
004611.2023	00303	Ordinário	Comum

Órgão 08 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Unidade 02 Fundo Municipal de Saúde
 Dotação 10.302.0010.2.035.3390.30.00.00 MATERIAL DE CONSUMO
 Desdobramento 3390302000 MATERIAL DE CAMA, MESA E BANHO
 Fonte de Recursos 00303 SAÚDE - RECEITAS VINCULADAS (Ec 29/00-15)

Conta	00440
Conta	03202

Credor 02774 PEROLA BLESS CONFECÇÕES LTDA - ME
 Endereço AV PEROLA BYINGTON 1480 CENTRO
 CNPJ/CPF 13.265.220/0001-99 Fone (44) 3636-1532 Cidade PÉROLA

Licitação	Número	Solicitação	Contrato	Emissão	Vencimento
Dispensa por Lim				23.06.23	23.07.23

Valor Orçado	Saldo Anterior	Valor do Empenho	Saldo Atual
300.000,00	5.289,25	731,50	4.557,75

Item	Quant.	Especificação	Valor Unitário	Valor Total
01	3	TOALHA DE BANHO FELPUDA 100%	45,9000	137,70
02	1	TOALHA DE BANHO SABRINE	44,9000	44,90
03	4	TOALHA DE BANHO BARRA BORDADA KARSTEN	49,9000	199,60
04	7	TOALHA FITAS KARSTEN	49,9000	349,30
05		AQUISIÇÃO DE TOALHAS PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DR. RAUL SÉRGIO BITTENCOURT, CONFORME SOLICITAÇÃO.		

LIQUIDADO

Banco Credor	748	726	060995-1	VALOR LIQUIDO	731,50
--------------	-----	-----	----------	---------------	--------

Declaramos que os <input type="checkbox"/> Serviços Foram Prestados <input checked="" type="checkbox"/> Materiais Foram Entregues <input type="checkbox"/> Obra Executada Acham-se Conforme, Aceito e Recebidos assinatura: nome: _____ Data ____/____/____ cargo	Autorizo o empenho da(s) despesa(s) acima discriminada(a). Data ____/____/____ Ordenador da Despesa	Encarregado do Serviço Juliana Lombardi de Oliveira Contadora CRC PR 064907/O-6
---	--	---

RECIBO

Declaro(amos) para os devidos fins, que recebi(emos) a importância de (setecentos e trinta e um reais e *****
cinquenta centavos *****) e pela qual dou(amos) plena e irrevogável quitação.

Data ____/____/____	Representada pelo Cheque nº _____ a ordem do banco _____
Credor	Data ____/____/____



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO: HOSPITAL MUNICIPAL

JUSTIFICATIVA PARA CONTRATAÇÃO DIRETA

Ultima compra dos itens foram feitas a mais de 10 meses, por conta das mesma estarem em péssimo estado de uso, compramos novas para melhor atender os pacientes. O valor da contratação se enquadra na dispensa de licitação conforme inciso II do art. 24 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e decreto nº 9.412/2018.

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Rafael", written over a horizontal line.

Assinatura do Requerente (CARIMBO)